

Articoli/Articles

I VALORI FILOSOFICI E STORICI DELLA MEDICINA

LUCIANA RITA ANGELETTI
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia
Sezione di Storia della Medicina
Università degli Studi *La Sapienza*, Roma, I

SUMMARY

PHILOSOPHICAL AND HISTORICAL VALUES OF MEDICINE

History of Medicine has pointed its higher attention on both great physicians and relevant medical schools. The hieratic person of the physician has been pre-eminent and conditioning the relationship between patients and doctor, the latter in a paternalistic dominant position. Changes occurred in medicine during the last century, mainly related to the technological advancements and a new etiopatogenetic view. Better social conditions, improvement of diagnostic procedures and the discovery of effective therapeutic drugs (e.g. antibiotics, etc.) has produced advancements in general life conditions (measured by parameters such as ageing, reduction of newborn mortality etc.), but also an increase in the cost of the social medical system. So, the new frontier of History of Medicine is the analysis of changes occurred in medicine (new epistemological rules, pressure of new technologies, more sophisticated citizens-patients) to deepen the values of medicine in an anthropological view of managed care.

1. Introduzione

Un secolo fa ed anche trenta anni or sono, l'insegnamento della medicina si svolgeva in modo sequenziale, partendo dalle scienze naturali per arrivare alla clinica: si iniziava infatti con le discipline di base *naturalistiche* (fisica, chimica, biologia, biochimica, anatomia, fisiologia), seguiva l'introduzione allo studio clinico (microbiologia, patologia, farmacologia, semeiotica) e

Key words: Philosophy of medicine - History of Medicine - Bioethics - Managed care

poi venivano sviluppati per 2-3 anni lo studio e l'apprendimento della pratica clinica generale e specialistica.

Non vi era spazio alcuno per settori come l'economia o l'organizzazione sanitaria, perché la pratica medica era fondata sulla centralità del rapporto malato-medico, questo che agiva all'interno d'una visione decisionale paternalistica, *cum scientia et conscientia*, fedele alla tradizione che da Ippocrate arrivava sino ai grandi maestri dei nostri giorni: il rapporto medico-malato veniva risolto sostanzialmente in modo unilaterale dal medico, che appunto si richiamava al proprio agire come garanzia di valori professionali e morali, appunto *cum scientia et conscientia*.

In questo contesto lo studio e l'insegnamento della *Storia della Medicina* rappresentavano l'approfondimento colto della formazione del medico, nel ricordo di grandi personaggi, con una visione lacrimoso-sentimentale, come sottolinea N. Grewal:

...a dewy-eyed sentimentality for great men and their discoveries, the so-called Whig reading....¹

Lo studente seguiva questo corso opzionale (*complementare*) a ricordo degli anni del liceo, spinto da interessata curiosità nel migliore dei casi, più spesso per migliorare la media dei voti. Analogamente, la presenza dello storico della medicina veniva richiesta nella giornata inaugurale dei Congressi, per tracciare una *overview* dello sviluppo storico di quella disciplina, tra curiosità e grandi personaggi. Di fatto in questo sistema era limitata la *lezione* che veniva dai grandi storici della medicina, da Daremberg a Sudhoff, da Edelstein a Castiglioni. Proprio Daremberg, nel dedicare a Littré la sua *Histoire des Sciences Médicales*, ricorda il pensiero del grande traduttore d'Ippocrate:

La science de la médecine, si elle ne veut pas être rabaisée au rang de métier, doit s'occuper de son histoire et soigner les vieux monuments que le temps passés lui ont légués.

Suivre le développement de l'esprit humain dans le temps, c'est le rôle de l'historien...²

Diceva Emile Littré che il medico che non voglia essere solo un mestierante deve conoscere lo sviluppo storico della medici-

na, curando le vestigia del passato. Aggiungeva anche - e questo è ciò che intendo sottolineare - che lo storico deve mettere in evidenza lo sviluppo nei tempi del pensiero medico non disgiunto dal comune sentire dell'umanità: vestigia del passato e sviluppo del pensiero sono rispettivamente l'oggetto ed il fine della Storia della Medicina, arricchiti da una metodologia di studio davvero complessa, che resta fondamentale, a cominciare dalla ricerca e dall'analisi delle fonti (d'archivio, paleopatologiche, archeologiche, museali, etc.), per proseguire nella considerazione delle inter-relazioni tra progresso scientifico generale e pratica della medicina, seguendo i grandi passaggi epistemologici, nei quali si intersecano variamente nelle diverse epoche religione e magia, esperienza ed esperimento, filosofia e fisica, logica e biologia molecolare. Il patrimonio librario e la sistematizzazione delle fonti, l'analisi filologica dei testi ed i primi tentativi di ripetizione delle condizioni sperimentali dei tempi trascorsi, sono questi tutti elementi insostituibili nella Storia della Medicina e nello studio dell'evoluzione del pensiero scientifico medico e dei rapporti tra i diversi attori della medicina. Ma tutto questo sembra oggi non essere sufficiente, perché le riviste storico-mediche internazionali edite a Baltimora, Bruxelles, Londra, New Haven o Roma sempre più si occupano di medicina nella società e nelle istituzioni dei secoli XIX e XX, mentre gli Istituti di Storia della Medicina incardinati nelle Università sono chiamati sempre più spesso a dare il proprio contributo in campo etico (così in Germania, Francia e Italia).

Di fronte a questi cambiamenti, la Storia della Medicina, se vuole avere una collocazione importante nella cultura e nella formazione medica d'oggi, deve saper analizzare e sviluppare se stessa, anche recependo le modificazioni intervenute nella società e nello sviluppo della scienza³, e discutendole quindi in tre grandi ambiti:

a) in senso *epistemologico*, ovvero riguardo alla metodologia della conoscenza medica in un *contesto* sempre più *tecnologico*;

b) nell'approfondimento dei *valori oggi condivisi* come guida per la pratica medica, in realtà riflesso di quelli propri della *società civile*;

c) nella utilizzazione delle *fonti* per la Storia della Medicina, anche utilizzando nuove tecnologie (informatica, paleopatologia molecolare, etc.).

L'obiettivo è quello di cogliere nel passato ciò che può contribuire a definire processi conoscitivi e principi comportamentali del medico di oggi nel più vasto contesto della società civile ed a questi aspetti è dedicata questa breve relazione.

Per comprendere quali possibili collocazioni possa oggi avere la Storia della Medicina occorre avere presenti in primo luogo le profonde modificazioni che ha subito negli ultimi cinquanta anni il rapporto *medico-malato-malattia*, oltre il classico *triangle hippocratique*, che ha dominato la medicina per secoli, sostanzialmente immutato dalla medicina greco-ellenistica e romana sino all'epoca moderna e dunque con quelle caratteristiche bene approfondite nei loro molteplici aspetti da Danielle Gourevitch⁴.

In effetti solo in questa seconda metà del secolo XX sono intervenute alcune rilevanti modificazioni, che riguardano appunto il malato, il medico e la medicina:

i. il *malato* diviene il *cittadino-utente*: ciò significa che, più che oggetto dell'azione medica o destinatario della *pietas* cristiana, egli è il soggetto principale del rapporto in quanto *titolare di diritti* (all'*informazione* obiettiva e personalizzata su ciò che la medicina può offrire; alla *partecipazione al processo decisionale* su ciò che deve essere garantito a tutti e su ciò che può o deve essere *somministrato* nel momento contingente; di *usufruire prestazioni sanitarie* di prevenzione, diagnosi e cura adeguate secondo le diverse età della vita);

ii. il *medico* agisce in larga misura alle dipendenze di un *terzo pagante* (Stato, assicurazione pubblica o privata, etc.), che intermedia il rapporto medico-malato e determina quali prestazioni mediche siano erogabili nell'ambito delle risorse disponibili; ne consegue che gli atti medici *possibili* sono limitati nella loro effettuazione a quelli ritenuti *utili* o almeno *prioritari* dal *terzo pagante* (noto è il caso dello Stato dell'Oregon e della *prioritized list* di 700 prestazioni standardizzate, con copertura da parte del programma *Medicaid* sino alla prestazione n. 587); non è detto che l'*utilità* così stabilita dall'autorità pubblica corrisponda sempre a criteri di *efficacia* o maggiore efficacia, atte-

so che il *terzo pagante* bilancia le proprie determinazioni tra efficacia, efficienza, soddisfazione del cittadino-utente e risorse disponibili⁵;

iii. la *medicina* è regolamentata in ogni suo aspetto dallo *Stato*, non solo in quanto *terzo pagante*, ma soprattutto in quanto titolare della determinazione e dell'attuazione di valori sociali costituzionalmente protetti, come il *diritto alla salute*; lo Stato determina le politiche sanitarie, sia riguardo alle risorse da rendere disponibili (nei Paesi occidentali intorno al 10% del Prodotto Interno Lordo), sia riguardo alla loro utilizzazione, fissando e controllando gli standards delle strutture e dei professionisti, dettando norme su formazione ed aggiornamento, autorizzando sperimentazioni ed uso dei farmaci, stabilendo i requisiti di funzionamento degli ospedali, etc.; alcuni dei poteri del singolo Stato sono ora delegati ad entità sovranazionali, come l'Unione Europea, che è un'associazione di libero scambio di merci, professioni e prestazioni standardizzate, e detta perciò norme per la sperimentazione clinica e per la registrazione dei farmaci, stabilisce i requisiti per la formazione dei professionisti abilitati ad esercitare nell'Unione, stabilisce infine - tramite i *criteri di convergenza delle politiche monetarie, economiche, produttive e sociali* (Maastricht Treatise) - i limiti di compatibilità tra politica dell'Unione e destinazione delle risorse dei singoli Stati per esempio ai sistemi di protezione sociale, tra cui quello di tutela della salute.

Questo quadro profondamente modificato appare stabile nel prossimo futuro, perché è l'unico compatibile con il sempre maggior peso di tre ulteriori elementi che influenzano la medicina (*driving forces*)⁶:

a) l'innalzamento della vita media (*ageing*), che è frutto del miglioramento delle condizioni generali di vita e dei grandi progressi della medicina (si pensi agli antibiotici, ai farmaci che controllano la pressione sistemica, etc.);

b) la conseguente richiesta di sempre maggiori prestazioni da parte dei cittadini, che esigono un loro ruolo (*...patients cannot be treated as passive fodder for medical practice. Increasingly pa-*

tients are as educated as their doctors...The doctor-patient relationship, which ...is at the heart of medicine, will change fundamentally) ⁷;

c) l'introduzione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche sempre più sofisticate (TAC, risonanza magnetica, sonde molecolari, terapia genica, etc.), che scrutano organi e tessuti e la stessa struttura molecolare della materia vivente, ma che spingono anche alle stelle i costi ed obbligano ad analizzare le azioni mediche anche sotto il profilo del rapporto costi/benefici in relazione alle risorse disponibili.

Di fronte agli indubitabili successi della scienza e della stessa medicina, che dal XIX secolo si sono succeduti ininterrottamente, ed alla promessa di nuove scoperte quasi senza limiti, di fronte alla tecnologia che invade sempre più ogni aspetto della vita, la società ha sviluppato un dibattito globale sui limiti della scienza e della medicina, dibattito che si è concretizzato in una riflessione su quale sviluppo dei sistemi sanitari possa essere compatibile sia con le risorse economiche ed i modelli sociali (*health results from a combination of social, economic and psychological as well as purely biological phenomena*)⁸, sia con i principi di rispetto generale della vita. Si tratta di problemi che non trovano soluzione semplicistica nei risultati delle analisi tecnico-economiche (*the ethics of controlling human biology will be... (also)... a driving force; the mix of new technologies, costs pressures, and sophisticated consumers is a powerful and potentially toxic one...; debates on ...death and dying... legitimacy of rationing by both public and private payers... ethics of rationing... rights of people to control and shape their own biology and the biology of unborn will not be solved easily by technical analyses*)⁹ e che comunque inseriscono altri attori nella medicina, come la politica, la sociologia, l'economia, il vissuto psicologico dell'individuo. Quello che è certo è che il medico non è più un autocrate, conclude in un suo noto saggio sul *British Medical Journal* Ian Morrison, Direttore in California di un *Institute for the future* ¹⁰.

I principi del rispetto della vita - dell'uomo e degli altri viventi - e delle risorse necessarie a sopravvivenza e sviluppo equilibrato, cioè non a scapito di qualche componente del biosistema, sono al-

l'origine del termine *bioetica*, che inizialmente aveva il significato di filosofia della bio-medicina, *ponte* verso il futuro possibile dell'uomo e dei viventi, come ebbe a dire van Potter nel 1970¹¹.

La Storia della Medicina oggi deve confrontarsi anche con questi problemi, se vuole essere conoscenza del passato per riflettere sul presente e rendere possibile andare consapevolmente verso il futuro.

E l'interesse per lo sviluppo di questo settore è testimoniato dal fatto che sempre più appaiono articoli di Storia della Medicina e bioetica in riviste mediche generali internazionali, da *Nature* al *New England* ed al *British Journal of Medicine*, talvolta inseriti in rubriche fisse, come di recente su *Lancet* e *The Endocrinologist*.

2. I problemi del medico e della medicina d'oggi visti attraverso l'analisi storico-filosofica

2.1 Il rinato interesse per la Storia della Medicina

Alcuni recenti articoli apparsi nella rivista *The Lancet* ^{12,13} hanno messo in evidenza l'opportunità di prevedere nella formazione del medico la lettura diretta dei principali testi originali relativi ad avanzamenti conoscitivi della medicina del passato, come momento di ricostruzione di alcuni passaggi *canonici* sotto il profilo epistemologico. Va ricordato che la Scuola milanese di Storia della Medicina con Belloni e Zanobio si è cimentata con successo nel tentativo di ripetere esperimenti biologici nelle condizioni dell'epoca (XVII-XIX secolo) e la stessa Scuola romana ha fatto qualcosa di simile, ad esempio verificando il supposto potere risanatore del serpente di Asklepio mediante analisi funzionale dell'epitelio del tratto orale con tecniche di biologia molecolare, cosicché è stata dimostrata la correlazione tra potere risanatore-cicatizzante ed alta espressione del gene del fattore riepitelizzante dell'epidermide (EGF).

Il Direttore di *Lancet* ritiene anche che, come negli studi letterari si leggono Dante, Goethe ed Ibsen, così in medicina - per raggiungere l'obiettivo di una preparazione più completa - occorre leggere Ippocrate e Galeno, Harvey, Morgagni e Malpighi,

Claude Bernard e Koch, Fleming e Pauling, Watson e Crick. Ma qual è la finalità? E quali punti principali debbono essere valorizzati? Si tratta solo di completare in senso storico-umanistico la preparazione di medici che rischiano l'inaridimento intellettuale per effetto del dilagare del ruolo assunto dallo sviluppo delle tecnologie nella formazione del medico? Oppure l'obiettivo può essere più vasto, come ad esempio quello di spingere il futuro medico, oltre che a *sapere* e *saper fare*, anche a *saper essere*, capace cioè di padroneggiare la professione tra tecnologia ed economia, tra deontologia ed etica?

Credo che sia riduttivo concepire la Storia della Medicina come conoscenza di fatti aneddotici o di personaggi e che invece questa debba essere collocata al centro delle *human and behavioural sciences*, come definisce il settore formativo l'*Advisor Committee on Medical Training* dell'Unione Europea. In questo ambito hanno rilievo l'epistemologia bio-medica, i valori filosofici, etici e sociali della medicina nella società post-industriale, la capacità di selezionare i comportamenti professionali in relazione ai *valori condivisi* nella società ed a ciò che il singolo cittadino-utente ritiene per lui preminente: sono così centrali nella formazione del medico l'acquisizione di conoscenze teoriche e pratiche, ma anche la capacità di autovalutarne limiti e prospettive. L'analisi epistemologica dell'evoluzione della *technè* (cioè del *sapere* e del *saper fare*) e quella dei valori comportamentali (di quel *saper essere* che racchiude deontologia ed etica - *ta etikà* di aristotelica memoria -) divengono elementi strutturali del *saper essere* del medico nei confronti del singolo malato e dello stesso *terzo pagante*, Stato, mutua od assicurazione che sia.

In questa dimensione la riscoperta delle fonti per lo studio della storia, filosofia ed etica in medicina non può che seguire quell'indirizzo storico della scienza che privilegia l'*analisi logica dell'evolversi delle idee e dei comportamenti sociali ed individuali*, come dire che deve avere finalità più metodologiche che contenutistiche, più attenzione ad approfondire l'evoluzione del pensiero bio-medico che a celebrare i singoli personaggi.

Questa è l'impostazione ad esempio della scuola storico-medica francese che si ricollega a Grmek o di larga parte delle ricerche indirizzate dal Wellcome Institute verso l'analisi storica

medico-sociale. Questa è anche l'impostazione che ormai prevale nella Storia della Medicina italiana, almeno nella scuola romana ed in quella lombarda. E vale la pena fare alcuni esempi di riflessioni possibili, partendo dalle esigenze di formazione degli studenti.

2.2 Epistemologia medica oggi

L'ordinamento degli studi medici ci è di aiuto nell'analizzare quale sia stato l'evolversi dei canoni epistemologici medici, su 3 punti:

- i. i fenomeni bio-medici sono misurabili;
- ii. l'eziopatogenesi di una malattia soggiace al determinismo genetico, oltre che a quello ambientale;
- iii. nella bio-medicina - clinica compresa - è da ritenere vero ciò che si è dimostrato esser tale al momento mediante una procedura sperimentale (compresa la sperimentazione clinica).

Di conseguenza già nei primi due anni del Corso di Laurea in Medicina si acquisiscono due concetti fondamentali:

- a) i fenomeni bio-medici sono *misurabili* con le regole delle scienze naturali (discipline: fisica, biomatematica);
- b) ai fenomeni bio-medici è possibile applicare il metodo scientifico del riduzionismo proprio delle scienze sperimentali (discipline: biologia, genetica).

Questi due passaggi sono bene esemplificabili sul piano storico: sulla differenza tra medicina delle *qualità* e medicina che *misura* i fenomeni basta attingere a piene mani ai saggi recenti di Mirko D. Grmek¹⁴ che ha analizzato con acutezza i pochi esempi di medicina *quantitativa* nel periodo classico, soprattutto riguardo al periodo alessandrino del III-II secolo, al quale non segue una valorizzazione del concetto di misura in medicina, così ampiamente presente nelle stesse epoche nella vita civile (si misurano i prodotti dei campi, le strade e gli edifici, ma anche la posizione ed i moti degli astri).

Il problema è che mancavano adeguati strumenti di misura, in difetto dei quali *caldo e freddo* erano *qualità* degli umori e non la misura di uno stesso fenomeno fisico. La terminologia è rimasta immutata nel parlare corrente d'oggi e vi è dunque ampio terreno per un'analisi storica che contribuisca ancor oggi ad approfondire l'argomento.

Ed ampia infatti è la pubblicistica sul lento maturare dell'applicazione dei principi della fisica e della matematica alla medicina, che da Grosseteste attraverso Ockham e Galilei porta a Harvey e poi a Santorio ed alla sua ricerca sistematica di mettere a punto idonei strumenti di misura. Si potrebbe semplicisticamente concludere che con Harvey e Santorio e poi nei secoli successivi la medicina *quantitativa* abbia conquistato il diritto ad avere la strada in discesa. Nel periodo in cui Claude Bernard dà sistemazione epistemologica al ruolo dell'esperimento rispetto all'esperienza e Koch comunica alla Società di Fisiologia di Berlino metodo e risultati per identificare il bacillo della tubercolosi (si è nel 1882) sono anche poste con un lavoro del 1884 da Peirce e Jastrow le basi statistiche per dare scientificità sperimentale (*degree of confidence of the judgement*) all'osservazione clinica tramite procedure di randomizzazione¹⁵. La medicina sembra dunque procedere senza dubbi nella direzione della misurazione quantitativa dei fenomeni, molecolari o clinici che siano.

Eppure proprio nei nostri giorni la medicina molecolare sembra centrare la propria attenzione su di una ricerca che applica il riduzionismo proprio della fisica o della chimica, ma che si esalta nella identificazione del *difetto qualitativo* nella mutazione puntiforme di un tratto di DNA e che lascia in sott'ordine i fenomeni quantitativi, sicché la biologia molecolare fa oggi correre alla medicina il rischio di allontanarsi dalla scienza, perché snocciola sequenze e mutazioni, cerca il dato molecolare *qualitativo* e può dimenticare quanto deve la stessa medicina contemporanea alla determinazione dei rapporti quantitativi tra le diverse specie molecolari, avverte Maddox¹⁶.

Sempre sul piano epistemologico, mentre viene riconosciuto che la formazione medica si fonda su di una prima area di *sciences fundamental to medical studies* come parte del *basic scientific core* (così si esprime il documento finale del 1992 dell'Euro-

pean Union Advisory Committee on Medical Training), si sta estendendo una vasta area di diversità dai canoni della medicina ufficiale, e non solo nell'area della medicina cosiddetta non ufficiale od alternativa, quanto nelle stesse frontiere della ricerca, allorché si va a caccia del gene responsabile eziopatogenetico *assoluto* di una malattia.

2.2 Il concetto di eziopatogenesi. Esperienza ed esperimento a confronto.

Uno degli errori compiuti dai neofiti o dai dilettanti di Storia della Medicina è dato dalla tendenza alla retroproiezione degli attuali canoni epistemologici, ad esempio affermando che nella medicina del passato non vi era eziopatogenesi. In realtà la medicina dell'esperienza clinica (da Ippocrate a Galeno e senza troppi dubbi sino al '500) identificava le cause delle malattie nei sintomi, tanto da riporre grande prestigio del medico nel saper formulare la prognosi, mentre la terapia era perlopiù sintomatica ed inesistenti erano i rimedi veramente efficaci, secondo le nostre attuali categorie di giudizio.

Tabella I - Eziopatogenesi è....

Elemento caratterizzante - metodo	Terapia - epoca
sintomo, esperienza	sintomatica - V sec. a.C.-XVII sec.
errore metabolico, esperimento	causale - XIX-XX sec.
difetto genetico-molecolare, esperimento	causale-genica - seconda metà XX sec.

La realtà è che sino a quando non matura violentemente con Paracelso un diverso atteggiamento verso la materia vivente, che egli vuole indagabile nei suoi costituenti, come viene poi affermato in quella corrente di pensiero che sviluppa la *iatrochimica*¹⁷ e sinché con Claude Bernard ed i grandi batteriologi del '900 non matura un'epistemologia medica basata senza incertezze sull'esperimento (esemplari al riguardo le ricerche di Robert Koch ed i *postulati* codificati analizzando la sua metodologia di ricerca)¹⁸ sintomatologia, nosografia e prognosi costituiscono le basi ed i risultati del ragionamento eziopatogenetico.

Si potrebbe pensare che sul piano epistemologico con la *medicina sperimentale* sia stata ormai fatta chiarezza, se non si fossero affermate in questo secolo dottrine mediche che rifiutano i canoni di scientificità della medicina sperimentale. Tale è il caso della *omeopatia*, il cui sviluppo in alcuni Paesi occidentali (Francia, UK, Germania) ha imposto all'Unione Europea di recepire con norme il concetto di *esperienza* in contrapposizione a quello di *esperimento*. Non v'è dubbio che la mancanza di un adeguato insegnamento di Storia della Medicina produce nel medico la carenza culturale del diverso valore di ciò che deriva dall'*esperienza* e di ciò che è verificabile e confutabile perché derivato da una *procedura sperimentale*, come quella codificata per la clinica con la normativa europea di *good clinical practice*. Si potrebbe pensare che il rigore appartenga solo alla sperimentazione avanzata, quella molecolare per intendersi, e che allorché si passa all'applicazione sul malato la medicina perda i suoi connotati di *oggettività* e *confutabilità*, dovendo soggiacere ad una sorta di *personalizzazione della cura*, che assimila la psicologia del paziente o il suo vissuto o la cosiddetta risposta *individuale* del malato alla risposta terapeutica scientificamente certa. Metodologia sperimentale e conseguente teorizzazione dei comportamenti da un lato e pratica clinica dall'altro vengono fatte divergere, perché l'una appartenerrebbe al laboratorio e l'altra alla corsia.

2.3 Teoria e pratica della medicina. Pressioni esterne sulla oggettività dei risultati.

Già la medicina alessandrina non divideva la pratica clinica dalla teoria medica, perché questa comprendeva tre settori tutti confluenti nella clinica, come anatomo-fisiologia, eziologia e semeiotica; l'unità del processo conoscitivo-diagnostico-prognostico-terapeutico clinico viene discussa da Galeno nel *De partibus artis medicinae*, perduto in greco, ma conservato nella versione araba e nella traduzione latina, e nell'*Ars medica*. All'inizio di quest'opera Galeno definisce la medicina con le parole di Erofilo, distinguendo ciò che è sano, da ciò che non è sano ed infine da ciò che è né l'una cosa, né l'altra (neutro). Si tratta di suddivisioni chiaramente all'interno della medicina pratica e si è peraltro in piena elaborazione teorica e proprio la semeiotica costi-

tuisce il punto di connessione obbligato tra la teoria e la pratica, così come la *prognosis*, dai papiri egizi alla medicina sperimentale, rappresenta la predizione fondata sui segni e suggerita quindi prima dall'*esperienza*, poi dalla validazione sperimentale.

La medicina ha attraversato fasi diverse nel rapporto con le scienze naturali, fisica e matematica in primo luogo: non è possibile in questa sede approfondire questo aspetto, se non sottolineare il fatto che i grandi avanzamenti epocali, nell'accezione di Kuhn¹⁹, si verificano allorché la *pratica medica* e la stessa *teorizzazione* si aprono a scienze *esterne*, scienze naturali nel passaggio dalla fase teurgica a quella razionale e da questa a quella sperimentale, scienze naturali ed economico-sociali nel passaggio dalla medicina assistenziale a quella della medicina tecnologico-molecolare in un sistema di *welfare regolato*. Va anche ricordato che i grandi sistemi medici, dopo una prima fase *rivoluzionaria*, tendono ad assumere gradatamente una sorta di compiutezza dottrinale e quindi a chiudersi in sé, ricercando tra i seguaci di quella dottrina i pochi elementi di novità e soprattutto i molti elementi di conferma.

Platone, nel disegnare le basi teoriche di una *technè*, sceglie esemplarmente la medicina come ambito nel quale il *corpus* dottrinale si forma all'interno della stessa *technè*, per accumulo delle esperienze dei propri adepti²⁰. Una siffatta fase sembra relegare ad un ruolo minore l'apporto delle scienze naturali, fatto questo che deriva dalla circostanza che - come s'è già rilevato - mancavano idonei strumenti di misura.

Che significato ha ripercorrere il lungo itinerario che ha portato la medicina occidentale, anche con l'apporto non secondario delle scienze naturalistiche coltivate prima ad Alessandria, poi nel mondo arabo²¹, a maturare il diverso ruolo svolto nella conoscenza da *esperienza* ed *esperimento*, dal prevalere della teoria oppure della pratica? La teorizzazione è di certo stata prevalente sino al XIX secolo, quando teoria e pratica iniziano a convergere, sicché alla centralità della corsia si accompagna quella del laboratorio sperimentale, con Claude Bernard, che sostituisce il suo *rationalisme expérimental* al *rationalisme* di Descartes ed all'*empirisme* di Magendie²².

Poi le tecnologie, nel secolo XX, hanno imposto il loro ruolo, anche oltre i limiti dell'utilità clinica: il ricorso all'uso delle tec-

nologie è stato così accentuato per comodità, pigrizia mentale e spinte economiche da parte dei produttori, da favorire certamente il passaggio in sott'ordine della capacità deduttiva che deriva dalla considerazione dei dati di semeiotica fisica o di laboratorio. Proprio l'accanimento tecnologico in diagnostica e terapia ed il conseguente troppo largo impiego di risorse costituiscono uno dei problemi della medicina del futuro. Ma vi sono casi più *occulti* di distorsioni del sistema di *accumulo* di conoscenze.

Infatti, quando nella pratica entrano rilevanti interessi economici, la loro *pressione* nel determinare forzature riguardo ai risultati di una sperimentazione può essere anche rilevante, come è stato da tempo messo in evidenza: può attuarsi mediante sponsorizzazione da parte di case farmaceutiche di simposi pubblicati in giornali medici *peer-reviewed* e quindi facenti *opinione*²³ e può influenzare l'atteggiamento di un clinico nell'ambito di un *trial* multicentrico, come dimostrato nell'analisi delle valutazioni più favorevoli formulate da chi aveva già avuto altri finanziamenti per ricerche dalla stessa Azienda sponsor (in uno studio sui calcio-antagonisti), rispetto a quelle effettuate da chi aveva avuto rapporti con compagnie produttrici di prodotti concorrenti, come beta-bloccanti, diuretici, ACE-inibitori, nitrati²⁴.

2.4 Rapporto medico-paziente nell'età della medicina tecnologico-molecolare

Il trattato ippocratico *De Diaeta Acutorum* (Regime nelle malattie acute) inizia con una polemica nei confronti dei medici cnidi che si limitano a descrivere i sintomi delle malattie come chi non è medico, cioè senza approfondirne la natura, e d'altra parte Galeno in più opere insegna che non esistono malattie, ma solo malati. Occorre dunque puntare l'attenzione sulla malattia o sul malato?

La medicina sperimentale e quella tecnologico-molecolare hanno decisamente messo in crisi la patologia nosografica e messo in evidenza come sia possibile distinguere e dare corpo *scientifico* a singole malattie sino alla lesione molecolare che ne costituisce la causa. Ciò ha portato a rilevanti acquisizioni, ma in molti casi ha fatto anche perdere di vista quello che è il centro dell'azione medica e cioè il rapporto medico-paziente: la malattia sembra aver soppiantato il malato nell'interesse del medico.

S'è già rilevato come il rapporto dottore-malato stia subendo in questa fine di secolo un'evoluzione rapida. Mark Siegler ed il MacLean Center for Bioethics dell'Università di Chicago hanno sviluppato il concetto di *bioetica clinica*, per indicare quel settore che racchiude tutte queste problematiche e *human sciences* il più vasto ambito nel quale comprendere non più il *triangolo* ippocratico *medico-malato-malattia*, ma il *quadrilatero* contemporaneo *malato-malattia-medico-terzo pagante*. Siegler fa presente che il concetto classico di relazione medico-paziente (DPR=*doctor-patient relationship*), basato sul paternalismo (*beneficent paternalism*), si è modificato negli anni '60 nel senso di prendere atto che in un sistema di sanità pubblica generalizzato il paziente diviene *consumatore* che agisce volendo essere compartecipe delle decisioni e delle scelte²⁵: autonomia del paziente, autodeterminazione del paziente, diritti del paziente sono i temi nuovi che caratterizzano il confronto sui valori quotidiani della medicina e che hanno spinto da tempo le istituzioni ospedaliere a sistematizzare i diritti degli utenti, com'è avvenuto ad esempio negli Stati Uniti negli anni '70²⁶.

Si tratta di problemi certamente emersi in una qualche misura già in passato, se è vero che Platone ne parla indirettamente nel citatissimo passo sul medico degli uomini liberi che dà informazioni accurate a parenti ed amici ed al paziente, mentre il medico degli schiavi tira via (*Leges* 720c-d); la nostra passione per il passato remoto vissuto in modo simbolico fa anche sì che in molte Facoltà mediche si legga al momento della laurea il *Giuramento d'Ippocrate*. Si tratta di momenti simbolici, perché la sostanza di questi documenti è che la tendenza della deontologia - ai tempi di Platone e d'Ippocrate, come oggi - è quella di affermare l'alto ruolo professionale del medico, più che la dignità del paziente. Alcuni degli storici della medicina qui presenti - io tra questi - non sono medici e sono quindi meno d'altri legati a difendere ad ogni costo la professione, quanto piuttosto intenti a coglierne gli aspetti rilevanti nella società. Proprio in questo senso i nostri studi ed il nostro insegnamento agli studenti lasciano largo spazio all'etica vista dalla parte del cittadino-utente della medicina, all'*etica antropocentrica* per intendersi, lasciando ad altri - in Italia ai medici legali - l'analisi del rapporto etica-deonto-

logia-professione, cioè all'etica vista dalla parte del medico. E se l'attenzione relativa alla discussione sui valori della medicina ha avuto applicazione pratica su alcuni aspetti della medicina (procedure di fertilizzazione, aborto, eutanasia, consenso informato, donazioni d'organo, etc.), non v'è dubbio che una discussione a vasto raggio sia davvero opportuna.

Lo storico della medicina, compreso e forse soprattutto quello che proviene da una tradizione letteraria-storico-filosofica, coglie forse più d'altri come l'attuale rivoluzione scientifico-tecnologica sia rivolta non solo a cambiare la natura *intorno* all'uomo (si pensi ai trasporti, all'energia o all'informatica), ma cominci a prospettare in termini concreti la possibilità di modificare la natura stessa dell'uomo. Può essere che tutto questo avvenga senza che ce ne accorgiamo, finché voltandosi indietro qualcuno si domanderà stupito *com'è potuto accadere?*

Lo storico della medicina deve avere la capacità di procedere all'analisi del dibattito scientifico in corso sull'avvenire prossimo della medicina, che è sempre più ravvicinato ai tempi che viviamo; è un dibattito a livello *ontologico*, tra realismo ed anti-realismo, ed a livello *epistemologico*, tra razionalismo ed empirismo, e questo nella distinzione tra *esperienza* ed *esperimento*, tenendo presente la decisa svolta innestata in questo ambito dalle riflessioni di Popper²⁷ e che pure trovano terreno di contestazione in quella sempre più vasta area della medicina pratica che ritiene non sempre applicabili le regole della sperimentazione: così è, ad esempio, per l'omeopatia o per le altre medicine *alternative*, che - con l'eccezione dell'agopuntura - non rispondono ai canoni di giudizio propri delle scienze sperimentali, tra cui i criteri di *falsificazione*, di confutazione, di ripetibilità, etc.²⁸. All'opposto tecnologie ed informatica spingono verso la validazione sperimentale sempre più spinta tramite procedure sofisticate (talvolta per dimostrare un vantaggio minimo tra procedure diverse), il che apre un dibattito sulle tecnologie e sulle loro applicazioni, sull'accanimento diagnostico e su quello terapeutico, come dire sull'uso delle risorse per un futuro possibile.

In questo contesto lo storico della medicina deve avere la capacità di identificare i valori storicamente vissuti, dall'etica aristotelica a quella kantiana, dalla bioetica di van Potter all'etica

clinica di Siegler, dal magistero religioso al pensiero filosofico laico di Scarpelli: la riflessione su questi problemi coinvolge filosofi, storici e medici, non tanto con domande astrattamente *metafisiche*, quanto piuttosto con puntualizzazioni di temi che hanno anche risvolti attuativi, perché libertà (di cura), giustizia (nella distribuzione delle risorse), rispetto dell'individualità (individualità psicologica e consenso informato; individualità genetica e visione critica delle tecnologie biomolecolari) sono valori che appartengono strutturalmente all'agire medico e che sono anche alla base delle modalità con cui la società civile concepisce il diritto alla salute ed organizza i sistemi sanitari.

Per questo va tenuto presente che le frontiere della medicina prospettano oggi la possibile rottura dell'individualità del genere umano, com'è nella terapia genica applicata alla linea germinale o nella prospettazione di trapianti d'organo transgenici: riguardo a ciò sale il dibattito sugli aspetti medici (possibile generazione di nuove malattie, ad esempio da retrovirus endogeni del maiale), ma anche su quelli etico-filosofici (bilanciamento tra la pressione che deriva dai possibili benefici individuali e la prudenza di fronte ad un possibile ignoto rischio collettivo). Rispetto a queste scelte ormai possibili gli stessi scienziati prospettano moratorie, com'è avvenuto di recente sugli xenotrapianti²⁹, in analogia con la moratoria autoadottata dagli scienziati nel 1974 ad Asilomar sull'applicazione delle tecniche del DNA ricombinante alla linea germinale³⁰.

Probabilmente proprio l'emergere delle problematiche relative alla medicina molecolare ed all'applicazione delle tecnologie del DNA ricombinante ha condotto il Comitato per la formazione medica dell'Unione Europea a suggerire l'obbligatorietà di una formazione in scienze umane per il medico: in questo contesto allo storico della medicina, cioè allo studioso dei valori della medicina, è riservato un ruolo tutto particolare, ch'è quello di essere soggetto trainante della riflessione epistemologica e di quella etico-filosofica, per far salire di livello il dibattito sui valori dell'umanità e dei viventi e sulle scelte che il medico (clinico e ricercatore), il cittadino-utente e la società civile sono di conseguenza chiamati a fare riguardo al bilanciamento tra progresso scientifico e futuro compatibile proprio con i valori dell'umanità.

E tutto questo deve avvenire prima che i sogni d'onnipotenza della scienza e della tecnologia ci traghettino tragicamente nel regno di un'utopia fantascientifica realizzata, in cui l'uomo e l'umanità disgregano la loro unitarietà ed il loro futuro³¹.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. GREWAL N., *Letter to the Editor*. Lancet 1997; 349:1394.
2. DAREMBERG Ch., *Histoire des Sciences Médicales*. Baillière et fils, Paris, 1870.
3. COLOMBOTOS J., KIRCHNER C., *Physicians and social change*. Oxford University Press, Oxford, 1985.
4. GOUREVITCH D., *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain. Le malade, sa maladie et son médecin*. BEFAR, Roma, 1984.
5. DIXON J., WELCH H.G., *Priority setting: lessons from Oregon*. Lancet 1991; 337:891-894; STEINBROOK R., LO B., *The Oregon Medicaid demonstration project: will it provide adequate medical care?* New England J. Med. 1992; 326: 340-344; BODENHEIMER T., *The Oregon Health Plan. Lessons for the Nation (Part I and Part II)*. New England J. Med. 1997; 337:651:655; 720-723.
6. MORRISON I., SMITH R., *The future of medicine*. Br. Med. J. 1994; 309:1099-1100.
7. Op. cit. n. 6, p. 1099.
8. *Ibidem*.
9. Op. cit. n. 6, p. 1100.
10. *Ibidem*.
11. POTTER V. R., *Bioethics. The science of survival*. Perspectives Biol. Med. 1970; 14:127-153; POTTER V.R., *Bioethics. A Bridge to the future*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1971.
12. HORTON R., *A manifesto for reading medicine*. Lancet 1997; 349:872-874.
13. BIDDISS M., *Tomorrow's doctors and the study of the past*. Lancet 1997; 349:874-876.
14. GRMEK M.D., *La première révolution biologique*. Payot, Paris, 1990 (Ch. Ier: *L'expérimentation biologique quantitative dans l'Antiquité*, pp. 17-43; GRMEK M.D., *Il calderone di Medea*. Laterza, Roma-Bari, 1996. Grmek osserva tra l'altro che vi è chi autorevolmente ha forti dubbi sull'esservi stata una sorta di concezione sperimentale nell'antichità: WERDENIUS W.J., *Science grecque et science moderne*. Rev. Philos. 1962; 87:319-336; LLOYD G.E.R., *Experiment in early Greek philosophy and medicine*. Proc. Camb. Philol. Soc. 1964; 190:50-72; VON STADEN H., *Experiment and experience in Hellenistic medicine*. Bull. Inst. Class. Studies 1972; 22:178-189. Altri Autori invece sono d'avviso contrario: EDELSTEIN L., *Recent trends in the interpretation of ancient science*. J. Hist. Ideas 1952; 13:573-604; LEJEUNE A., *La science grecque a-t-elle atteint le stade expérimental?* Rev. Quest. Scient. 1957; 321-343; WILKIE J.S., *Galen's experiments and the origin of the experimental method*. In: FURLEY D.J., WILKIE J.S., *Galen on respiration and arteries*. Princeton University Press, Princeton, N.J., 1984, pp. 47-57.
15. PEIRCE C.S., JASTROW J., *On small differences of sensation*. Memoirs Natl. Acad. Sci. 1884; 3:73-83. Non è a tutti noto che le basi teoriche degli studi clinici randomizzati sono della fine del '900, cioè di molto precedenti a quello che viene in genere considerato il primo largo studio che si è avvalso di questo metodo, cioè la ricerca clinica sull'efficacia della streptomicina in pazienti affetti da tubercolosi: UK MRC (Medical Research Council Investigation). *Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis*. Br. Med. J. 1948; ii: 769-782. Va anche ricordato che più di recente si è affermata l'analisi comparativa dei diversi trials-clinici (meta-analisi): LAU J., ANTMAN E.M., JIMENEZ-Silva J., KUPELNICK B., MOSTELLER F., CHAMERS T.C., *Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction*. New Engl. J. Med. 1992; 327:248-254.
16. MADDOX J., *Is molecular biology yet a science?* Nature 1992; 355:201.
17. BERTI E., *L'aristotelismo padovano e la nascita della medicina sperimentale*. Med. Secoli 1997; 9:23-38; FANTINI B., *Iatrosifica e iatrochimica: la fisica, la chimica ed i modelli dell'organizzazione del vivente*. Med. Secoli 1997; 9:59-95.
18. KOCH R., *The aetiology of tuberculosis*. Trans. Physiol. Society, Berlin, March 24, 1882 (transl. by Pinner B. and Pinner M., Am. Rev. Tuberculosis 1932; 25:285-323).
19. KUHN T.S., *Historical structure of scientific discovery*. Science 1962; 136:760-764.
20. VEGETTI M., *Platone e la medicina*. Il Cardo, Venezia, 1997.
21. PALMIERI N., *La théorie de la médecine des Alexandrines aux Arabes*. In: JACQUART D. (ed.), *Les voies de la science grecque*. Droz, Genève, 1997, pp. 34-133. Vedere anche: ANGELETTI L.R., *La mesure médicale dans le monde arabe reflétée dans la médecine occidentale du XIVe siècle*. Medicina nei Secoli 1995; 7:41-71.
22. GRMEK M.D., *Le legs de Claude Bernard*. Fayard, Paris, 1997, p. 43.
23. BERO L.A., GALBRAITH A., RENNIE D., *The publication of sponsored symposiums in medical journals*. New Engl. J. Med. 1992; 327:1135-1140.
24. STELFOX H.Th., CHUA G., O'ROURKE K., DETSKY A.S., *Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists*. New Engl. J. Med. 1998; 338:101-106.
25. FRIEDMAN ROSS L., SIEGLER M., *Five major themes in bioethics*. Forum 1997; 5 (suppl. 5):8-17; CARSON R.A., BURNS C.R. (eds.), *Philosophy of medicine and bioethics. A twenty-year retrospective and critical appraisal*. Dordrecht, 1997; CAPLAN A., *Am I my brother's keeper? The ethical frontiers of biomedicine*. Indiana Univ. Press, Indianapolis, 1998.
26. American Hospital Association. *A Patient's Bill of Rights*. 1973.
27. POPPER K., *The Logic of Scientific Discovery*. Harper and Row, 1934 (titolo originale: *Logik der Forschung*, Springer Verlag, Berlin, 1934), in particolare i capitoli II, IV e V sul metodo scientifico, sul criterio di falsificazione e sulle basi dell'empirismo. Per una sintesi commentata, vedere: MILLER D. ed., *Popper Selections*. Princeton Univ. Press, Princeton, N.J., USA, 1985.
28. FEDERSPIL G., VETTOR R., *Cultural origin of homeopathy: theoretical structure and methodological shortcomings*. Pharmacol. Res; Commun. 1992; 26 (suppl. 1): 226; FEDERSPIL G., SCANDELLARI C., *Le medicine alternative-Les médecines parallèles*. Le Science-Pour la Science (Italia-France ed. Scientific American) 1993 luglio-1993; 192:38-47; KLEIJNEN J., KNIPSCHILD R., RIETTER G., *Clinical trials of homeopathy*. Brit. Med. J. 1991; 302:316-323; BOISSEL J.P., CUCHERAT M., HAUGH M., GAUTHIER E., *Critical literature review on the effectiveness of homeopathy: overview of data from homeopathic medicine trials*. In: *Homeopathy Medicine Research Group Report*. European Commission, D.G. XII Science, research and development. Brussels, 1996, pp. 195-210; VANDENBROUCKE J.P., *Homeopathy trials: going nowhere*. Lancet 1997; 350:824; LANGMAN M.J.S., *Homeopathy trials: reason for good ones but are they warranted?* Lancet 1997; 350:825; LINDE K., CLAUSIUS N., RAMIREZ G. et al., *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials*. Lancet 1997; 350:834-843. Sul principale punto di critica della medicina ufficiale alle teorie omeopatiche (la possibilità di avere effetti terapeutici con agonisti eziopatogenetici estremamente diluiti, derivata dalla affermazione: *the effect of high dilutions of various agonists on various in-vitro systems is highly reproducible*) vanno registrati: i. il fondato rilievo epistemologico di Benveniste contro i critici delle basi dell'omeopatia e del suo noto quanto contesta-

- to esperimento della *memoria molecolare* conservata dall'acqua dopo diluizioni estreme (... *unknown nature of the molecular signal... cannot be because we cannot understand it*: BENVENISTE J., Lettera di commento, Lancet 1998; 351:367); ii, d'altro lato, il commento al principio delle diluizioni: VALLANCE A.K., JOBST K.A., Lancet 1998; 351:366 (anche in: VALLANCE A.K., *Can biological activity be maintained at ultra-high dilution? An overview of homeopathy, evidence and Bayesian philosophy*. J. Altern. Complement. Med. 1998; 4:49-76). Il rilievo epistemologico di Benveniste non implica tuttavia che la sua affermazione (l'acqua conserva la memoria dei soluti dopo diluizioni estreme) sia vera (in assenza di conferme sperimentali mai intervenute da parte di altri laboratori), né fa divenire reali gli effetti terapeutici delle pratiche omeopatiche in mancanza di un effetto dimostrato con procedura sperimentale clinica (così infatti correttamente commentano Klaus Linde e Wayne B. Jonas, Lancet 1998; 351: 367-368). Va rilevato che, delle medicine cosiddette alternative, solo l'agopuntura ha ricevuto una validazione ufficiale da parte della U.S. Food and Drug Administration (1997). Sulla distinzione, pretesa o reale, tra canoni epistemologici della biomedicina e delle scienze naturali, nonché tra *impredittibilità* dei risultati di un'azione medica, progressivamente riducibile nella medicina scientifica, ed invece sostanzialmente non riducibile nelle medicine *alternative*, che considerano variabilità individuale ed *impredittibilità* come intrinseche alla medicina, si veda: AZZONE G.F., *La predicibilità della medicina scientifica*. Med. Secoli 1997; 9:39-57. Va infine ricordato che riguardo ai *medicinali omeopatici* vi sono direttive europee vigenti (65/65/CEE, 75/319/CEE e 92/73/CEE) e proposte di ampliamento del loro campo di applicazione (Risoluzione Parlamento europeo, sessione maggio 1997).
29. BACH F.H., FISHMAN J.A., DANIELS N., PROIMOS J., ANDERSON B., CARPENTER C.B., FORROW L., ROBSON S.C., FINEBERG H.V., *Uncertainty in xenotransplantation. Individual benefit versus collective risk*. Nature Medicine 1998; 4:141-144. Sui problemi biologici, medici ed etici relativi agli xenotrapianti, vedere articoli e commenti su: Nature 1998; 391: pp. 314, 315, 320-321, 326, 327-328. Vedere inoltre: *Animal-Tissues-to-Humans*. A Report of the Advisory Group on the Ethics of Xenotransplantation. London, 1996; *Xenotransplantation: Science, Ethics and Public Policy*. Institute of Medicine, Washington, D.C., USA, 1996.
 30. BERG P., BALTIMORE D., BRENNER S., ROBLIN R.O., SINGER M.F., *Summary statement of the Asilomar conference on recombinant DNA molecules*. Proc. Natl. Acad. Science U.S.A. 1975; 72:1981-1984; *idem*, Science 1975; 188:991-994.
 31. VEGETTI FINZI S., *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*. Mondadori, Milano, 1997 (commento a cura di Serena Zoli su Corriere della Sera 1 febbraio 1998, p. 25).

Correspondence should be addressed to:
Luciana Rita Angeletti, Via A. Fusco 107 - 00136 Roma, I.

COMMEMORATION OF A.M. PAZZINI ON THE CENTENARY OF HIS BIRTH

LUIGI STROPPIANA

Università degli Studi *La Sapienza*, Roma, I

To recall A. Pazzini on the centenary of his birth and in the same lecture hall where he started his university teaching career is a cause of profound emotion for me.

Born in Rome on 23 February 1898 of Norberto Pazzini, a well-known artist of the current of the so-called *macchiaioli* and Giannina Brandimarte, Pazzini completed his studies in Rome and graduated in medicine on 12 July 1922, presenting an experimental thesis prepared at the Institute of Human Physiology directed at that time by Prof. Silvestro baglioni.

For the first years after graduation, he worked as a physician in the Military Health Service, first as an assistant at the Institute of Pharmacology and then in the Ospedali Riuniti, both in Rome.

His natural inclination for history found its full realization in the field of the history of Medicine. It was while he was working at the Santo Spirito Hospital, Rome, which housed a medical history Museum supervised by Prof. Pietro Capparoni, that Pazzini started to devote himself to the study of the historical development of medical thought. As a student, he had compiled a literary - historical volume which was published in 1926 with the title *Alcoholism and medicine*, with a preface by Mengazzini, which was followed by another volume written in Latin and published in 1930 entitled *De medica preparatione maleficarum, sive Practica medica*.

His great interest in the study of history is apparent in the numerous articles which were published in various Italian and foreign journals, in particular the Bollettino of the Historical Institute of Healing Arts, of which he was chief editor. After taking the Libera Docenza in the History of Medicine in 1931, he devoted increasingly more time to the historical - scientific issues suggested by current developments in medicine. In 1933 Pazzini held a lecture at the Free Course in the History of Medicine, treating the Apology of the History of Medicine, in the Lecture Hall of the Institute of Hygiene, where he continued to teach afterwards on his nomination as a teaching fellow. I met him dur-